

mo como consecuencia del tránsito intestinal de huevos o gusanos tras la ingestión de alimentos parasitados sin provocar infección en el paciente. En este caso habrá una contaminación espuria en las heces¹. Es un trematodo que tiene un ciclo parasitario complejo. En estado adulto, maduro sexualmente, vive en los canales biliares del huésped definitivo, que serán animales herbívoros como la vaca, las ovejas y el

ciente en ese momento se encuentra sintomática. Afirma que en los meses previos su familia había comido hígado. Se realiza un estudio parasitario al marido y a los hijos, que es normal.

Discusión y conclusiones. El hallazgo de huevos de *Dicrocoelium dendriticum* en muestras de heces humanas para estudio de parásitos es excepcional. Tiene una incidencia anual en nuestro medio del 0,2-

siempre que son verdaderas parasitaciones y no contaminaciones espúreas de las muestras con un segundo examen parasitológico.

**Irene Zabala Martín-Gil^a,
Juan Pedro Justel Pérez^a
y Juan Cuadros González^b**

^aMedicina de Familia. Centro de Salud La Veredilla. Torrejón de Ardoz. Madrid. España. ^bServicio de Microbiología. Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de

las heces y son ingeridos por el primer huésped intermediario (caracol terrestre). Los huevos o esporocistos evolucionan hasta convertirse en cercarias en el interior del caracol y se expulsan al exterior con las secreciones mucosas. Este mucus es ingerido por las hormigas, que son el segundo huésped intermediario. Al madurar la cercaria produce un efecto paralizador en la hormiga, lo que favorece que sea ingerida por el huésped definitivo. En los animales parasitados produce dilatación y engrosamiento de los canalículos y conductos biliares, lo que favorece la colangitis crónica y la cirrosis hepática.

Caso clínico. Se trata de una paciente de 29 años, de origen subsahariano sin antecedentes médicos de interés que acude a la consulta de su médico de familia por presentar desde hace unos días una clínica inespecífica de fiebre, cefalea y dolores osteomusculares. No ha realizado viajes recientes a su país ni hay otras sospechas epidemiológicas de riesgo. La exploración es rigurosamente normal, así como la tira de orina, y se pautan antitérmicos. A las 2 semanas acude de nuevo por sensación de debilidad en las piernas y prurito generalizado. Refiere diarrea en los días previos. En la exploración no presenta hallazgos significativos. Se solicita una bioquímica completa con ácido fólico, TSH, vitamina B₁₂, electroforesis e IgE, que fue normal excepto una leve elevación de la GGT (49 µl/l). Destaca en el hemograma una leve leucopenia (3.500/µl) secundaria a una neutropenia mínima. En la serología se aprecia una hepatitis B pasada y curada. En las 3 muestras de heces en botes con formol para la detección de parásitos se aísla *Dicrocoelium dendriticum*, por lo que se solicita una ecografía hepática, que es normal. A las 3 semanas se solicita un nuevo examen coprológico, que es negativo. La pa-

menores controles veterinarios de la ganadería. Entre las muestras positivas, la mayoría son contaminaciones espúreas debido a la ingesta de hígado de animal parasitado. Para que haya una verdadera parasitosis en el hombre, éste debe ingerir hormigas infectadas. En España se han documentado 5 casos de pseudoparasitismo desde 1981, con una clínica similar a la descrita².

En cuanto a verdaderas parasitaciones en humanos, hay casos aislados publicados en revistas europeas y un estudio descriptivo con una muestra de 208 pacientes, en Arabia Saudí, de los cuales sólo 7 presentaban una parasitación confirmada³.

Las manifestaciones clínicas de la infección son dolor y distensión abdominal, sobre todo en el hipocondrio derecho, diarrea y flatulencia. Otros síntomas inespecíficos son anorexia, náuseas y cefalea. Estas manifestaciones se han descrito a veces de forma transitoria en los pseudoparasitismos⁴. El paciente con dicrocoeliasis puede tener hepatomegalia, leve aumento de las transaminasas, leucocitosis y eosinofilia. Se han documentado síndromes de malabsorción y procesos obstructivos de los conductos biliares en casos aislados⁵. El tratamiento de una parasitación verdadera consiste en praziquantel (600 mg/8 h 3 días) o tiabendazol (700 mg dosis única).

En la consulta de atención primaria debemos tener en cuenta la importancia que están adquiriendo las enfermedades infecciosas atípicas y tropicales relacionadas con el aumento de la inmigración y sus diferentes hábitos de vida. Las costumbres culinarias, como el consumo de vísceras y el dudoso control sanitario de los alimentos adquiridos, ya sea en sus países de origen o en nuestro medio, son la causa de algunas de estas enfermedades. Debemos confirmar

1. Rack J, Adusu E, Jelinek T. Human infection with *Dicrocoelium dendriticum*. Dtsch Med Wochenschr. 2004;129:2538-40.
2. Sauca Subías G, Planas Vilá N, Pérez Sáenz JL, Fernández Roure JL. Falso parasitismo por *Dicrocoelium dendriticum*: aportación de cuatro casos. Med Clin (Barc). 1989;30:93.
3. el-Shiekh Mohamed AR, Mummery V. Human dicrocoeliasis. Report on 208 cases from Saudi Arabia. Trop Geogr Med. 1990;42:1-7.
4. Nodgaard H, Kristensen B. *Dicrocoelium dendriticum* eggs in feces of 2 Somali boys in Denmark. Transitory elimination after arrival to Denmark. Ugeskr Laeger. 1995;157:4140.
5. Karadag B, Bilici A, Doventas A, Kantarci F, Seluk D. An usual case of biliary obstruction caused by *Dicrocoelium dendriticum*. Scand J Infect Dis. 2005;37:385-8.

Riesgo de fracturas en mujeres mayores de 65 años en un centro de atención primaria

Objetivo. Valorar el riesgo de fractura en mujeres mayores de 65 años mediante el Index Fracture (IF) y conocer el tratamiento que reciben frente a la osteoporosis.

Diseño. Estudio transversal.

Emplazamiento. Centro docente de atención primaria urbano Chafarinas (Barcelona).

Palabras clave: Riesgo de fractura. Osteoporosis. Tratamiento. Atención primaria.

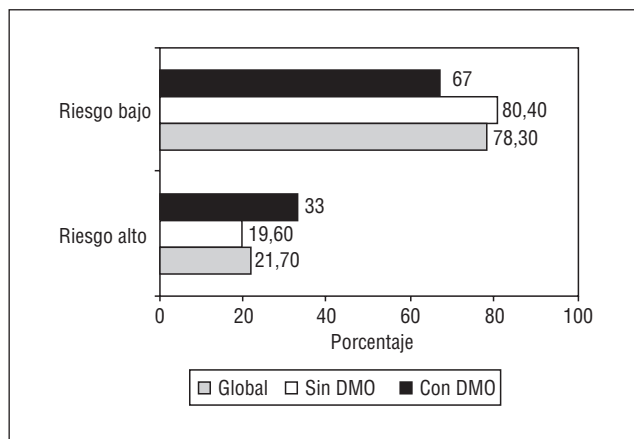


FIGURA 1. Distribución del riesgo de fractura.

Participantes. En octubre de 2002 se extrajo informáticamente un listado de las 213 mujeres de edades comprendidas entre 65 y 85 años asignadas a una unidad básica de salud. Se excluyó a todas las que tenían un deterioro cognitivo moderado-grave, enfermedad terminal, enfermedad neuromuscular o presentaban antecedentes de posible causa de osteoporosis secundaria. Se realizó entrevista en la consulta o por teléfono.

Mediciones. Durante la entrevista se recogieron los factores de riesgo (FR) de osteoporosis, los parámetros necesarios para cálculo del IF y el tipo de tratamiento para la osteoporosis que se estaba realizando.

Resultados. De las 213 mujeres en estudio se contactó con 172 (80,8%). De éstas, 115 (66,9%) cumplían criterios de inclusión. La edad media fue de 74 ± 6 años. Los FR de osteoporosis más frecuentes, exceptuando las causas secundarias y el sexo femenino, fueron la edad > 70 años en 77 casos (66,9%), la presencia de una fractura previa osteoporótica en 30 (26,1%), la baja ingesta de calcio en 28 (24,3%) y el antecedente familiar de fractura en 21 (18,3%). Para el cálculo del IF en 18 casos (15,6%) disponíamos de una densitometría previa. En 25 casos (21,7%) el riesgo de fractura era alto (fig. 1). En total, 23 mujeres (20%) recibían suplementos de calcio y vitamina D; 12 (10,4%), tratamientos antirreabsortivos; una (0,9%), tratamiento hormonal sustitutivo y 79 (68,7%), ningún tratamiento. En las que tenían un riesgo alto, 8 (32%) tomaban calcio y vitamina D y 5 (20%),

fármacos antirreabsortivos. En los pacientes con baja ingesta de calcio, en 4 (14,3%) se había indicado suplementos de calcio y vitamina D.

Discusión. Cerca de una cuarta parte de los pacientes presentaron un riesgo elevado de fractura, para cuyo cálculo se utilizó el IF, que valora el riesgo a los 5 años en mujeres de más de 65 años (su uso no es adecuado para la población de menor edad y los varones)¹. Dicho porcentaje es similar a la prevalencia de osteoporosis estimada en la población femenina española² (el 26,07% en mujeres > 50 años), a pesar de ser conceptos diferentes. Se trata, pues, de una herramienta útil a la hora de identificar los casos con alto riesgo de fractura a los que poder ofrecer modificaciones de estilos de vida (peso, tabaco, prevención de caídas, etc.) e incluso terapias farmacológicas¹, y puede ser una alternativa en aquellas regiones en las que el estudio ABOPAP-2000³ puso de manifiesto el difícil acceso a la densitometría ósea, al no ser necesaria para su cálculo.

La baja ingesta de calcio es el tercer FR de osteoporosis y se observa en una cuarta parte de los casos. Al tratarse de un FR modificable y haberse demostrado el papel del calcio oral en la prevención de fracturas⁴, su uso es infravalorado, puesto que poco más del 10% de los pacientes con baja ingesta recibía suplementos orales.

Por último, cabe comentar que, a pesar de que los fármacos antirreabsortivos han demostrado su papel protector frente a las fracturas^{5,6}, parece ser que su uso no es del todo adecuado, ya sea por un infradiagnós-

tico o por otras causas que merecerían otro estudio.

**Daniel Martínez Laguna,
Anna Farran Aragonés y Astrid
del Carmen Crespo Lessmann**

Medicina Familiar y Comunitaria. ABS
Chafarinas. SAP Muntanya. Barcelona.
España.

1. Black DM, Steinbuch M, Palermo L, Dargent-Molina P, Lindsay R, Hoesly MS, et al. An assessment tool for predicting fracture risk in postmenopausal women. *Osteoporos Int.* 2001;12:519-28.
2. Díaz-Curiel M, García JJ, Carrasco JL, Honorato J, Pérez-Cano R, Rapado A, et al. Prevalencia de osteoporosis determinada por densitometría en la población femenina española. *Med Clin (Barc).* 2001;116:86-8.
3. Aragonés Forès R, Orozco López P y Grupo de Osteoporosis de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria. Abordaje de la osteoporosis en la atención primaria en España (estudio ABOPAP-2000). *Aten Primaria.* 2002;30:350-6.
4. Valecillo G, Díez A, Carbonell J, González J. Tratamiento de la osteoporosis con calcio y vitamina D. Revisión sistemática. *Med Clin (Barc).* 2000;115:46-51.
5. The Osteoporosis Methodology Group and the Osteoporosis research Advisory Group. Meta-analysis of alendronate for the treatment of postmenopausal osteoporosis. *Endoc Rev.* 2002;23:508-16.
6. The Osteoporosis Methodology Group and the Osteoporosis research Advisory Group. Meta-analysis of risedronate for the treatment of postmenopausal osteoporosis. *Endoc Rev.* 2002;23:517-23.

Influencia de la inmigración en la salud bucodental de una población escolar de Reus

Objetivo. Valorar si el incremento de la población escolar inmigrante puede influir en un aumento del nivel de caries.

Palabras clave: Caries dental.
Inmigración. Escolares. Programa
prevención. Salud bucodental.
Atención primaria.